Münster.1931.№ 67 Med Diss.

Aus der Chirurgischen Klinik der Medizinischen Akademie
in Düsseldorf.
(Direktor Hofrat Professor Dr. v. Haberer).

Klinisch-geographischer Beitrag zur Ulcusfrage.

⚙

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Würde eines doctor medicinae
durch die Medizinische Fakultät der Westfälischen
Wilhelms-Universität zu Münster
in Gemeinschaft mit der Medizinischen Akademie
in Düsseldorf

vorgelegt von

Carl Wehberg
aus Düsseldorf.

1931

Gedruckt in der Dissertations-Druckerei Robert Kleinert, Quakenbrück

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Akademie in Düsseldorf und der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster.

gez.: Krauss
Rektor der Medizinischen Akademie in Düsseldorf.

gez.: Vogt
Dekan der Medizinischen Fakultät Münster.

gez.: Orator
1. Berichterstatter.

gez.: Coenen
2. Berichterstatter.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Meinen Eltern gewidmet!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546201_0093

Geographisch-klinischer Beitrag zur Ulcusfrage.

Am ersten Tage der 53. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie am 5. April 1929 sprach Hofrat Prof. von Haberer über das Thema: „Geographischer und sozialer Einfluß bei verschiedenen Krankheiten." Er führte u. a. aus, daß derjenige Arzt, der im Laufe der Zeit seine Arbeitsstätte in verschiedenen Ländern aufschlage, bedeutende Unterschiede finde hinsichtlich der Widerstandsfähigkeit der Bevölkerung, hinsichtlich der Einstellung der Leute zu ihrer Erkrankung und vor allem zur vorgeschlagenen Heilmethode. Er selbst habe früher 17 Jahre lang seine ärztliche Tätigkeit an verschiedenen Orten der Alpenländer Oesterreichs ausgeführt und schon damals, wenn auch nicht bedeutende, so doch merkbare Unterschiede sowohl in der Krankenbewegung als auch in der Einstellung der Leute zum Arzt wahrnehmen können. Viel deutlicher seien ihm diese Unterschiede bei Verlegung seiner ärztlichen Tätigkeit ins Rheinland geworden. U. a. führte er die Verschiedenheiten der Heilungsergebnisse zwischen den in der Grazer und den an der Düsseldorfer Klinik von ihm mit der gleichen Technik operierten Fällen von Ulcuskranken an. Bei an sich gleichartigem Vorgehen in Hinsicht auf Operationsindikation und operativer Technik stellten sich anfangs in Düsseldorf Mißerfolge ein, die — vielfach über den Bereich des Organischen ins Funktionelle übergreifend — neue Gesichtspunkte für die operative Behandlung der Ulcuskrankheit ergaben.

In dieser Arbeit soll nun versucht werden, 296 operierte Fälle der Grazer Klinik und 149 Fälle der Düsseldorfer Klinik in ihren Einzelheiten zu vergleichen und damit zahlenmäßige Grundlagen für den Gesamteindruck zu liefern, der von Hofrat von Haberer in seinem Vortrag auf dem Chirurgenkongreß geschildert wurde.

Die Düsseldorfer Fälle, es handelt sich dabei um die vom 1. April 1928 bis zum 31. März 1929 operierten Magenfälle, wurden mittels Postkarte hereinbestellt, klinisch und röntgenologisch nachkontrolliert. Einige wurden in ihrer Wohnung aufgesucht. Ein Teil der Fälle, der auswärts wohnhaft ist, hat ausgiebige Fragebogen beantwortet. Nur eine kleine Anzahl Aus-

wärtiger (12 von 149) gab keine Antwort. Die 296 Grazer Fälle (operiert in den Jahren 1925/26) waren 1927 von Dozent Dr. Orator und Dr. Louria in gleicher Weise nachuntersucht worden, wie es für die Düsseldorfer beschrieben ist. Diese Resultate sind kurz in der „Surgery Gynecologie and Obstetrics 1927" und im Zentralblatt für Chirurgie 1929, Nr. 24, Jahrgang 56, S. 1518 mitgeteilt. Zum vorliegenden Vergleich wurde mir von Dr. Orator die Krankengeschichten- und Nachuntersuchungskartothek zur Verfügung gestellt, sowie Wiener Ulcusmaterial aus der Eiselsbergschen Klinik.

Im folgenden soll der Reihe nach vorerst eine Vergleichsstatistik nach Beruf, Alter und Geschlecht gegeben werden. Daran schließt sich die vergleichend zahlenmäßige Auswertung der Krankheitsvorgeschichte, weiter der klinischen Befunde und endlich der operativen Früh- und Dauerresultate an.

Die Berufszusammensetzung der Ulcuskranken in Düsseldorf und Graz zeigt folgende Tabelle:

Düsseldorf	
Freie Berufe	5 = 3,5 %
Kaufmann	14 = 10,0 %
Beamte und Angestellte	38 = 26,0 %
Invaliden	2 = 1,4 %
Frauen und Ehefrauen	17 = 12,0 %
Arbeiter und Arbeiterinnen	71 = 50,0 %
Ohne Beruf	2 = 1,5 %
Graz	
Freie Berufe	29 = 11 %
Kaufmann	36 = 14,6 %
Beamte und Angestellte	51 = 20,0 %
Frauen und Ehefrauen	29 = 12 %
Arbeiter und Arbeiterinnen	63 = 25,0 %
Landwirte, landwirtschaftliche Arbeiter und Arbeiterinnen	39 = 16,0 %

Wie zu erwarten stand, ist der Anteil des Industriearbeiters am Düsseldorfer Material wesentlich höher. Während in Graz eben nur 25 % der Industriearbeiterschaft angehört, sind dies in Düsseldorf 50 % der Gesamtzahl. Mit dieser Zahlenangabe als solcher ist aber der Unterschied noch keineswegs erschöpfend gekennzeichnet. Wir müssen mit aller Betonung schon hier hinzufügen, daß es sich bei den steirischen Arbeitern eben meist um Arbeiter in kleineren Betrieben handelt, während die überwiegende

Mehrzahl der Düsseldorfer aus Großbetrieben stammt mit mehr oder weniger weitgehender Rationalisierung, womit auch die Beanspruchung des Nervensystems steigt. Auf der anderen Seite entspricht es ganz dem Agrarcharakter der Steiermark, daß dort 16 % der Ulcuskranken dem landwirtschaftlichen Berufe angehören, welche Kategorie in Düsseldorf natürlich fehlt. An sich zeigen diese Zahlen, daß das Geschwürsleiden nicht etwa eine besondere Berufsgruppe bevorzugt, sondern sich je nach der Berufshäufigkeit über die Bevölkerung verteilt.

Ueber das Alter der Operierten ist nichts bemerkenswert Neues zu sagen. Meine Uebersicht für Graz und Düsseldorf hat große Aehnlichkeit mit der Zusammenstellung und der Sammelstatistik von Moyniham, wonach das 2. bis 5. Jahrzehnt vornehmlich befallen ist. Solche Zusammenstellungen zeigen uns aber natürlich die Altersverteilung der Patienten für den Zeitpunkt ihrer Operation, aber nicht das eigentliche Erkrankungsalter. Da eine Zusammenstellung von Altersklassen entsprechend dem Krankheitsbeginn erst auf Grund der Auswertung der anamnestischen Angaben möglich ist, muß diese Aufstellung später gegeben werden.

Hinsichtlich der Geschlechtsbeteiligung zeigt es sich, daß bei unseren operierten Fällen in Düsseldorf sowohl beim ulcus duodeni wie auch beim ulcus ventriculi der Mann überwiegt. Und zwar beim ulcus duodeni entsprechend einem Verhältnis von 7:1, während das Ueberwiegen des männlichen Geschlechts bei operierten Magengeschwüren noch immerhin ein Dreifaches war. In Graz lagen die Verhältnisse für das ulcus duodeni ähnlich wie in Düsseldorf, während das Magengeschwür bei Frauen fast ebenso häufig war wie bei Männern.

Düsseldorf

ulcus duodeni			ulcus ventriculi		
Männer		Frauen	Männer		Frauen
73 = 88 %		12 = 12 %	24 = 81 %		7 = 19 %
7,3	:	1	3,5	:	1

Graz

ulcus duodeni			ulcus ventriculi		
Männer		Frauen	Männer		Frauen
147 = 88 %		22 = 12 %	103 = 63 %		66 = 37 %
7,5	:	1	1,8	:	1

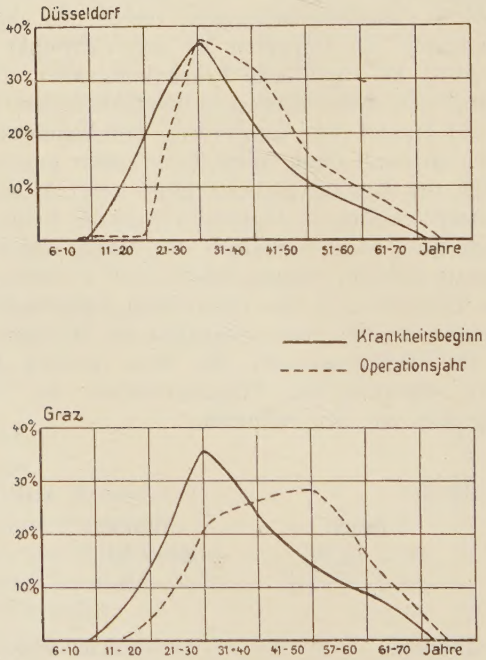
Auch wir konnten die von Hartmann hervorgehobene Tatsache bestätigt finden, daß die ausgesprochene Sanduhrstenose vor allem bei Frauen vorkommt. Daß diese an operativem Material

erhobenen Zahlen keine allgemeine Gültigkeit haben und auch wieder zeitlich und geographisch schwanken, ist schon wiederholt betont worden.

Wir wenden uns nunmehr der Auswertung der anamnestischen Angaben zu. Es soll versucht werden, zahlenmäßig die Häufigkeit der einzelnen Teilsymptome festzustellen. Daß eine solche Zu-

I.

Graph. Darstellung über den Beginn des Ulcusleidens und den Zeitpunkt seiner Operation.



sammenstellung nur mangelhaft sein kann, sei ausdrücklich betont, da ja alle Anamnesen lückenhaft sind.

Bezüglich der Dauer der Beschwerden ist folgendes zu sagen: Bis zu einem Jahr hatten Beschwerden sowohl in Düsseldorf wie auch in Graz und Wien etwa 20—22 %, 3—5 Jahre in Düsseldorf und Graz etwa 20 %, in Wien etwa 30 %, bis zu 10

Jahren in Düsseldorf und Graz 24—26 %, in Wien 20 %, 15—40 Jahre in Düsseldorf 5 %, in Graz 5 %, in Wien 4 %. (Vergl. die graphische Darstellung von Orator: Langenbeck-Archiv, Band 160, S. 32.)

Um in möglichst sinnfälliger Weise Erkrankungsalter und Operationsalter der Ulcuspatienten von Düsseldorf und Graz in Vergleich setzen zu können, haben wir beides in Form einer graphischen Kurve dargestellt. (Siehe Seite 8.)

Bei der Düsseldorfer Kurve schleppt das Operationsalter etwas nach, immerhin fällt der Gipfel beider Kurven zusammen. Bei dem Grazer Material ist die Operationskurve sehr weit in ihrem Gipfel, fast um 20 Jahre nachschleppend, ein Zeichen dafür, wieviel später die Ulcuskranken der Steiermark zur Operation kommen.

Aus der Zusammenstellung des Krankheitsbeginns ergibt sich ferner mit Deutlichkeit die an sich bekannte Tatsache, daß das Geschwürsleiden in überwiegender Häufigkeit im jugendlichen Alter beginnt. Schon 57 % hatten bis zu ihrem 30. Lebensjahre Ulcusbeschwerden und gar 78 % bis zu ihrem 40. Lebensjahr. Bloß bei 1,5 % aller Ulcuskranken setzte das Leiden erst im 5. Dezennium ein.

Die Beschwerden der Geschwürsleidenden treten häufig in regelrechten Intervallen auf. Die Häufigkeit der Feststellung dieser Intervallbeschwerden ergibt folgende Tabelle:

Düsseldorf

ulcus duodeni	ulcus ventriculi
33 × = 37 %	17 × = 56 %

Graz

ulcus duodeni	ulcus ventriculi
35 × = 21 %	28 × = 34 %

Daraus folgt noch nicht unbedingt, daß die Intervallbeschwerden in der Steiermark seltener seien als in Düsseldorf. Im allgemeinen ist ja eine Landbevölkerung härter gegen sich, und dazu weist die sensiblere Stadtbevölkerung eine genauere Selbstbeobachtung auf. Dagegen muß freilich daran gedacht werden, daß der Landbevölkerung nicht so weitreichend wie zum Teil der städtischen die Möglichkeit diätetischer Schonung zu Gebote steht. Aehnliche Ueberlegungen müssen herangezogen werden, wenn wir die weiteren anamnestischen Angaben in Vergleich

setzen. Schon bei der Feststellung, daß im allgemeinen in der Steiermark die Gewichtsabnahme prozentual viel häufiger ist, muß neben der längeren Krankheitsdauer vielfach an den Mangel diätetischer Behandlung gedacht werden.

Abmagerung

Düsseldorf

ulcus duodeni	ulcus ventriculi
Bis 10 Pfund 7 × = 8 %	2 × = 8 %
„ 20 „ 7 × = 8 %	6 × = 20 %

Graz

ulcus duodeni	ulcus ventriculi
Bis 10 Pfund 26 × = 16 %	12 × = 14 %
„ 20 „ 17 × = 10 %	8 × = 22 %

Auch die ungleich größere Häufigkeit der subjektiven Magenstörungen bei den Grazer Ulcusfällen zeigt wohl nur, daß die Ulcuskranken des Industriegebietes sich früher zur Operation entschließen als die eines Bauernlandes.

Subjektive Magenstörungen.

Düsseldorf ulcus duodeni		**Graz** ulcus duodeni
4 × = 5 %	Appetit gut	29 × = 17 %
6 × = 7 %	Appetit schlecht	33 × = 20 %
30 × = 36 %	saures Aufstoßen	89 × = 53 %
14 × = 17 %	Sodbrennen	39 × = 23 %
7 × = 8 %	Uebelkeit	10 × = 6 %
35 × = 42 %	Erbrechen	84 × = 50 %

Düsseldorf ulcus ventriculi		**Graz** ulcus ventriculi
3 × = 10 %	Appetit gut	27 × = 32 %
6 × = 20 %	Appetit schlecht	21 × = 25 %
15 × = 50 %	saures Aufstoßen	57 × = 68 %
8 × = 25 %	Sodbrennen	19 × = 23 %
8 × = 25 %	Uebelkeit	10 × = 12 %
16 × = 52 %	Erbrechen	53 × = 63 %

	Schmerzen	
Düsseldorf		
ulcus duodeni		ulcus ventriculi
6 × = 7 %	sofort p. c.	7 × = 23 %
7 × = 8 %	1—2 h p. c.	7 × = 23 %
3 × = 4 %	4—5 h p. c.	4 × = 13 %
20 × = 24 %	nüchtern	7 × = 23 %
6 × = 7 %	Rücken	3 × = 10 %
3 × = 4 %	Schulter	1 × = 3 %
12 × = 14 %	Nacht	4 × = 13 %
Graz		
ulcus duodeni		ulcus ventriculi
23 × = 14 %	sofort p. c.	27 × = 32 %
28 × = 17 %	1—2 h p. c.	20 × = 24 %
16 × = 10 %	4—5 h p. c.	3 × = 7 %
38 × = 23 %	nüchtern	10 × = 12 %
37 × = 23 %	Nacht	13 × = 16 %
1 × = 0,6 %	Rücken	2 × = 3 %
1 × = 0,6 %	Schulter	1 × = 1 %

Des weiteren bestätigt die Art des Auftretens der Schmerzsymptome die alte klinische Beobachtung, daß beim ulcus ventriculi bedeutend häufiger als beim ulcus duodeni sofort, bzw. kurze Zeit (10 Minuten) p. c. Beschwerden auftreten, ohne daß in diesem Symptom aber ein Merkmal von differential-diagnostischer Bedeutung der Ulcuslocalisation gegeben wäre. Keinen, oder nur einen ganz geringen Unterschied beim ulcus duodeni und ulcus ventriculi zeigt dagegen der Nüchternschmerz, seinerzeit als typisch für das ulcus duodeni angegeben, so daß er differentialdiagnostisch in diesem Sinne nicht verwertet werden darf.

Die genauere prozentuale Analyse der Schmerzerscheinungen ergibt ganz in Uebereinstimmung mit dem Obengesagten die größere Häufigkeit der subjektiven Beschwerden bei den steirischen Ulcuskranken.

Auch der Nachweis der Blutung im Sinne des Blutbrechens einersets und des Teerstuhls andererseits ergibt für die Differentialdiagnose des Geschwürssitzes nur unsichere Anhaltspunkte. Die verschieden häufig in Düsseldorf und Graz gemachte Feststellung des Teerstuhls beim ulcus ventriculi deutet wohl wieder auf die obenerwähnte genauere Eigenbeobachtung des Städters.

Blutungen.

Düsseldorf

ulcus duodeni		ulcus ventriculi
12 × = 14 %	Bluterbrechen	10 × = 33 %
11 × = 13 %	Blut- bzw. Teerstuhl	14 × = 46 %

Graz

ulcus duodeni		ulcus ventriculi
22 × = 13 %	Bluterbrechen	26 × = 31 %
28 × = 17 %	Blut- bzw. Teerstuhl	16 × = 19 %

Die Uebersicht über die zeitweise Bettlägerigkeit, die durchgemachten Kuren und evtl. schon wegen der Ulcusbeschwerden mitgemachten Operationen zeigt durchgehend größere Zahlen für Düsseldorf.

Vorangegangene Behandlung.

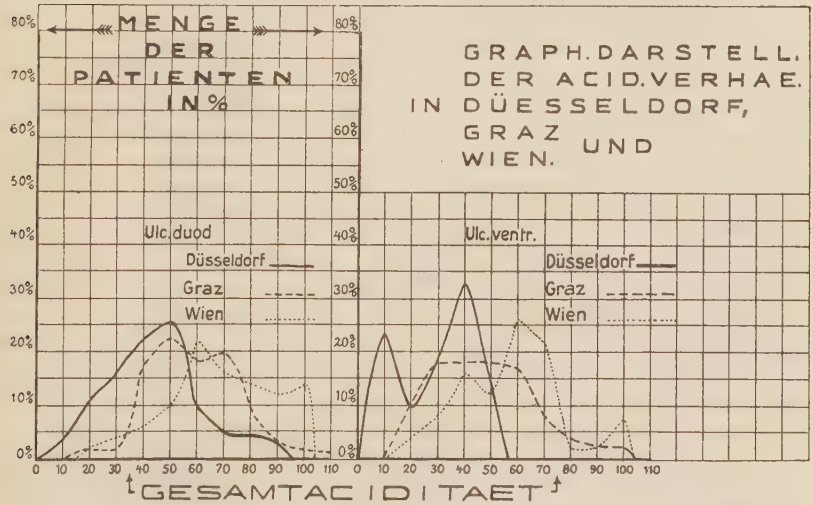
	Düsseldorf	Graz
	ulcus duodeni	
Zeitweise Bettlägerigkeit	13 × = 16 %	7 × = 4 %
Diätkur	21 × = 25 %	18 × = 11 %
Pappkur	19 × = 23 %	8 × = 5 %
Dauerdiät	2 × = 2 %	6 × = 4 %
Evtl. Operationen	12 × = 14 %	5 × = 3 %
	ulcus ventriculi	
Zeitweise Bettlägerigkeit	5 × = 17 %	1 × = 1 %
Diätkur	13 × = 53 %	15 × = 18 %
Pappkur	4 × = 13 %	6 × = 7 %
Dauerdiät	3 × = 10 %	1 × = 1 %
Evtl. Operationen	6 × = 20 %	5 × = 6 %

In Düsseldorf machten z. B. 39 % aller Magenkranken eine Diätkur durch, in Graz dagegen nur 15 %. Etwa 17 % der Düsseldorfer Patienten wurden wegen ihres Leidens schon mal operiert, in Graz dagegen nur ca. 5 %. Es ist anzunehmen, daß das schon erwähnte Moment, daß der Städter viel eher den Entschluß faßt, zum Arzt zu gehen, auch hier die entscheidende Rolle spielt.

Eine umstrittene Bedeutung bei der Diagnose der Magen- und Duodenalgeschwüre hat die Untersuchung des Mageninhaltes, und zwar die Prüfung der Salzsäureverhältnisse. Während

in der alten Literatur die hohen Aciditätswerte für ein Ulcus, die niedrigen gegen ein Ulcus gewertet wurden, konnte man in der neueren Zeit immer wieder die Feststellung machen, daß die Verhältnisse keineswegs so einfach liegen. Mir stand Düsseldorfer, Grazer und Wiener Material zur Verfügung. Der möglichsten Kürze halber sind die Aciditätsverhältnisse kurvenmäßig, für Magen- und Duodenalgeschwüre getrennt, dargestellt:

II.



Dabei ließ sich zeigen, daß in Wien in einem größeren Prozentsatz (56 %) Hyperchlorhydrie gefunden wurde, als an den Grazer Fällen (40 %) festzustellen war. Dann in Graz wieder häufiger Hyperacidität als in Düsseldorf (12,8 %). Als normacid wurde ein Verhältnis von 40:60 angenommen. Beim ulcus duodeni in Düsseldorf erreicht die Kurve ihren höchsten Punkt bei Gesamtacidität 50 und fällt dann sehr schnell ab. In Graz sind 2 Spitzen, eine große bei Gesamtacidität 50, eine kleinere bei Gesamtacidität 70, dann rasches Abfallen bis Gesamtacidität 96. In Wien ebenfalls zwei Spitzen, eine größere bei 60, eine kleinere bei Gesamtacidität 100, also noch etwa 40 % der Patienten mit einer Gesamtacidität von 100. Beim ulcus ventriculi liegen die Verhältnisse ähnlich. Es wurde versucht, aus Angaben in Handbüchern und aus Einzelarbeiten von möglichst viel Orten die Häufigkeit der

Hyperchlorhydrie beim Geschwür festzustellen. Ferner wurden an viele Kliniken Anfragen gerichtet. Auffallend war, daß von manchen Orten eine genaue Angabe nicht zu erhalten war.

Häufigkeit der Acidität nach der Literatur.

Berlin in 38,4 % der Fälle	Ewald-Wirsing
Rostock in 41,8 % der Fälle	Wagner
Gießen in 100 % der Fälle	Riegel und Grüne
Tübingen in 65 % der Fälle	Rheinwald
München in 13 % der Fälle	Katz
Leipzig in 30 % der Fälle	Lenhartz
Kopenhagen in 85 % der Fälle	Rabow
Paris in 91,6 % der Fälle	Robin
Landau in 72 % der Fälle	Feuerwick
Basel in 42,5 % der Fälle	Rütimeyer
Neuyork in 99 % der Fälle	Einhorn
Japan in 85 % der Fälle	Yukawh
Bern in 31,5 % der Fälle	
Königsberg in 52,1 % der Fälle	
Chemnitz in 20,8 % der Fälle	
Graz in 35 % der Fälle	
Düsseldorf in 12,8 % der Fälle	
Jena in 50 % der Fälle.	

Die Schwierigkeit, diese Werte zu vergleichen, besteht nun in den Fehlerquellen, die sich sowohl durch die verschiedenen Probefrühstücke, ferner durch die verschieden gehandhabte Ausheberung (einmalige — fraktionierte), wie auch in der Wahl des Zeitpunktes der Ausheberung ergeben. Trotz dieser Einschränkung ist es auffallend, daß gerade München wie auch Düsseldorf verhältnismäßig geringe Werte zeigen. Vielleicht ist die Ursache in der mehrverbreiteten Alkohol-Gastritis zu suchen. Jedenfalls beweist schon der Vergleich der Ulcusfälle von Wien, Graz und Düsseldorf, wie sehr geographisch-verschieden die Hyperaciditätsbeteiligung beim Ulcus ist. Die Ausheberungsmethode war dabei immer dieselbe. Es sprechen diese Befunde auch gegen eine Verallgemeinerung der Annahme, daß das Geschwürsleiden bei langem Bestehen in der Regel zum Sinken der Aciditätswerte führe. Vielmehr scheinen tatsächlich regionär-konstitutionelle Ursachen dieser Verschiedenheiten zu bestehen.

Das wichtigste und eindeutigste Hilfsmittel der Ulcusdiagnose ist bei positiven Anzeichen die Radiologie. Ein Vergleich der

Röntgenbefunde unserer Ulcusfälle von Graz und Düsseldorf ergibt den sichtbaren Hinweis, wie sehr mit zunehmender Erfahrung als Röntgenologe die positiven Befunde häufig werden. Wenn wir nur die kallösen Ulcera nehmen, so waren in Graz 1925/26 96 % röntgenologisch sichergestellt, während ein jüngerer Untersucher in Düsseldorf im Jahre 1928 nur 84 % unzweifelhaft befundete.

Nun zu der eingeschlagenen Therapie. Die folgende Tabelle zeigt, welche Operationsmethoden verwendet wurden.

Therapie.

Graz		
ulcus duodeni		ulcus ventriculi
65 × = 39 %	Res. B. 1	77 × = 92 %
52 × = 31 %	Res. B. 2	4 × = 5 %
50 × = 30 %	Term. — lat. A.	2 × = 3 %
2 × = 1 %	G. E.	—
—	Tot. Res.	—
12 Fälle	davon Exitus	5 Fälle

Düsseldorf		
ulcus duodeni		ulcus ventriculi
43 × = 51 %	Res. B. 1	27 × = 88 %
31 × = 37 %	Res. B. 2	3 × = 9 %
9 × = 10 %	Term. — lat. A.	—
2 × = 2 %	G. E.	—
—	Tot. Res.	1 × = 3 %
8 Fälle	davon Exitus	1 Fall

Entsprechend dem Standpunkt Hofrats von Haberer wurde bei Magengeschwüren fast ausschließlich, genau gesagt in 90 % Fälle, der B. I. ausgeführt. Dagegen findet sich bei der Anwendung des B. I. beim Duodenalgeschwür zwischen Graz und Düsseldorf ein nennenswerter Unterschied. Während unter den Grazer Ulcera duodeni 65 B. I. 50 termino-lateralen Operationen gegenüberstehen, sind in Düsseldorf 49 B. I. und 9 termino-laterale Operationen ausgeführt worden. Während in Graz also 39 % der Fälle mit der reinen B. I.-Technik versorgt wurden, ist diese Verhältniszahl in Düsseldorf auf 51 % gestiegen, als Ausdruck der weiteren Verfeinerung der Technik des B. I. durch von Haberer. Die Ausgestaltung dieser Technik ist durch von Haberer im Zentralblatt für Chirurgie 1930 Nr. 27 beschrieben worden.

Entsprechend der grundsätzlich ablehnenden Einstellung der Klinik gegenüber den palliativen Methoden, wurde die G. E. nur bei inoperablen Duodenalulcera je zwei Mal in Graz und Düsseldorf ausgeführt. Die Operationsmortalität, d. h. die Todesfälle in den ersten 4 Wochen nach der Operation ist in Graz (1925/26) und Düsseldorf (1928) ungefähr gleich, je etwa 6 %.

Welchen Erfolg diese operative Behandlung aufzuweisen hat, zeigt die nächste Aufstellung:

Resultate.

Düsseldorf

Zahl	Diagnose	Exitus	ohne Antwort	Spätresultate gut	schlecht
85	Ulc. duod.	8	12	59 = 88 %	6
31	Ulc. vent.	1	2	22 = 88 %	6
11	Ulc. jej. pep.	4	2	5	0
12	Gastr. ulc.	0	4	4	4
139					

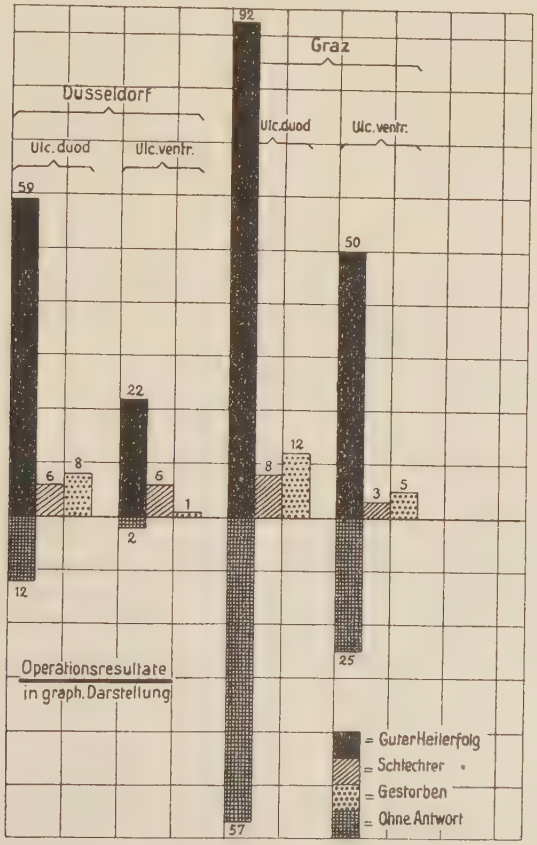
Graz

Zahl	Diagnose	Exitus	ohne Antwort	Spätresultate gut	schlecht
169	Ulc. duod.	12	57	92 = 92 %	8
83	Ulc. vent.	5	25	50 = 94 %	3
29	Ulc. jej. pep.	1	9	7	2
3	Gastr. enter.	—	—	2	1
3	Ptose	—	2	1	—
19	Gastr. ulc.	—	5	4	10
296					

Betrachtet man die Gesamtresultate, so weist Graz einen guten Heilerfolg in 87 % der Fälle, Düsseldorf einen guten Heilerfolg in 85 % der Fälle auf, also nur ein ganz geringer Unterschied. Was aber die Ergebnisse bei den Resektionen der kallösen Ulcera anlangt, so findet man in Graz bei den überlebenden Patienten in 92 % beim ulcus duodeni, beim ulcus ventriculi in 94 % ein gutes Resultat. In Düsseldorf sowohl beim ulcus ventriculi wie auch beim ulcus duodeni in je 88 % gute Resultate. Bei der Nachuntersuchung in Düsseldorf mußten wir die Erfahrung machen, daß eine Reihe von Patienten Beschwerden angaben, die die Prozentzahl der guten Resultate geringer erscheinen ließ, als wir es von Graz gewohnt waren. Die Fälle mit Anaciditätsbeschwerden, wie sie auch in Graz geläufig waren, sollen hier beiseite

gelassen werden (Appetit- und Verdauungsstörungen bis zu höchsten Graden, Durchfälle, Anämie. Auf Acidolpepsin und Pankreon Heilungen). Vielmehr handelt es sich hier um eine Reihe von Fällen, bei denen der objektive Befund (Röntgenpassage, Ausheberung, Verdauung, Narbe) bei der Mehrzahl aller Fälle keinerlei Anhaltspunkt einer organischen Ursache ihrer Beschwerden ergab.

III.



Darunter sind Patienten ohne aber auch solche mit objektiv feststellbarer Gewichtszunahme, bei denen Diätkuren, Acidolpepsin und Pankreon ohne Erfolg gegeben waren. Es ist für die Beurteilung und den Vergleich dieser verschiedenen Resultate von

größter Wichtigkeit, daß die Operationen zum großen Teil vom gleichen Operateur mit völlig gleicher Technik durchgeführt wurden, so daß die verschiedenen Differenzen nur in anderen Ursachen ihre Erklärung finden könnnen.

Dafür kommen folgende Ueberlegungen in Frage.

Wir haben bei der Zusammenstellung des Materials zeigen können, daß neben den kallösen Geschwüren auch eine Anzahl frischerer Ulcera, die ins Gebiet der ulcerösen Gastritis führen, wegen Blutungen, heftigster Schmerzen (dabei handelt es sich vielfach um Voroperierte) wegen angelegter Gastroenterostomien oder wegen positiver Röntgenbefunde zur Resektion kamen. Da ergibt sich der auffällige Befund, daß bei gleicher Indikationsstellung in Graz diese Fälle nur 6,5 % des Resektionsmaterials ausmachten, während in Düsseldorf diese Prozentzahl gegen 9 % betrug. Dieses allein beweist schon die ungleich größere Verbreitung der schweren Gastritisformen in Düsseldorf. Und ebenso verhält es sich mit den schweren Gastritisbegleitformen bei den kallösen Geschwüren. Es ist möglich, daß die größere Zahl schwerster Gastritisbegleitung bei den Düsseldorfer Fällen die Endresultate etwas beeinträchtigt.

In gleichem Sinn ist zweifellos die Tatsache heranzuziehen, daß die Prozentzahl der Voroperierten in Düsseldorf wesentlich höher ist (17 %) als in Graz (4,5 %). Es braucht nicht auseinandergesetzt zu werden, daß unvermeidlicherweise ein Teil der mehrfach (oft 5—6mal) Voroperierten nicht völlig beschwerdefrei zu bekommen ist. Daß diese Umstände aber keineswegs die Unterschiede völlig erklären können, geht einwandfrei aus der Tatsache hervor, daß die Verschiedenheit der Resektionsresultate, die am Ulcusmaterial festzustellen ist, im Material der Privatklientel fehlt, insofern in Graz und Düsseldorf bei den Privatpatienten Hofrat von Haberers gleich gute Resultate beobachtet wurden. Diese Tatsache gab ja den ersten Hinweis, auf die verschiedene soziale Struktur des Ulcusmaterials von Graz und Düsseldorf zu achten. Das Tatsächliche ist eben bei der Berufszusammenstellung gegeben worden. Die verschiedene soziale Struktur wird sich mannigfach in den Resultaten äußern können.

Das Ulcusleiden stellt ja keine einfache organische Magenschädigung vor. Vielmehr ist, wie bekannt, der Ulcuskranke in seinem ganzen vegetativen System stigmatisiert. Von welcher Bedeutung demgegenüber die Beschäftigung eines Geschwürskranken in einer modernen Industrie mit allen Schikanen der Rationalisierung ist, braucht wohl kaum erörtert zu werden. Dem-

entsprechend ist der Allgemeinzustand dieser Kranken ganz anders zu bewerten. Es muß in diesem Zusammenhang hervorgehoben werden, welche Umstellung bezüglich der Anästhesiefrage bei der Uebersiedlung der Klinik von Graz nach Düsseldorf erfolgte. Während dort fast ausnahmslos die Resektionen in Local- und Splanchnicusanästhesie ausgeführt wurden, erwies sich dies in Düsseldorf gänzlich undurchführbar. Man muß doch annehmen, daß an sich derselbe Grad von Schmerzlosigkeit durch die von derselben Hand mit denselben Anästheticis ausgeführte Splanchnicusanästhesie in Graz und Düsseldorf erreicht worden wäre. Das Resultat, das aber erzielt wurde, war in Graz und Düsseldorf gänzlich verschieden. Psychische und vegetative Einstellung der Patienten erklären wohl diese Unterschiede. So ist in Graz und Düsseldorf das Verhalten der Ulcuspatienten vor und während der Operation ein vielfach weitgehend verschiedenes. Ganz ähnlich drückt die andersartige soziale Struktur auch der Rekonvalescenz ihren Stempel auf.

Ein Arbeiter in der Stadt ist schwerer mit dem Resultat der Operation zufrieden als ein Landarbeiter. Das liegt durchaus nicht immer an ihm allein, sondern an den Anforderungen, die an ihn gestellt werden. Oft muß doch der Industriearbeiter schon 2 Monate nach erfolgter Operation wieder die schwersten Arbeiten verrichten. Die Folgen davon sind natürlich dauernde Beschwerden, die, sofern sie auch leichterer Natur sind, doch erheblich mehr berufsstörend wirken als bei einem Landarbeiter. Dieser ist, wie es des öfteren festzustellen war, ja auch schon „völlig“ befriedigt, wenn die schweren Erscheinungen vorbei sind. Wie sehr der baldige Arbeitsbeginn sowohl wie auch die zu leistende schwere Arbeit den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen, erhellt die Tatsache, daß alle Privatpatienten, selbst mit den schwersten Beschwerden, völlig beschwerdefrei wurden und blieben, sofern sie sich im ersten halben Jahre schonen konnten.

Ueberall, wo besonders schwere Beanspruchung des Nervensystems eine Bevölkerungsgruppe trifft, treten in vermehrter Zahl Neurotiker auf. Und so muß denn jener Fälle gedacht werden, die für Fehlresultate nach Resektionen wichtig sind, jene Fälle, die psychopatischen Einschlag aufweisen. Wir beobachteten echte Postoperativpsychosen, die von Graz aus nicht bekannt waren:

„Zustand nach Magenresektion.

Psychoneurose.

Mittelgroßer Mann in genügendem Allgemeinzustand

Patient macht einen nervösen Eindruck und zeigt einen leidenden Gesichtsausdruck. Er bringt eine Fülle von Klagen in wehleidigem Tone vor.

Es bestehen die Zeichen einer starken vegetativen Neurose: allgemeine Hyperreflexie, Dermographismus, starkes Lidzittern. Neigung zu Schwitzen. Die Pupillen reagieren prompt auf Lichteinfall und Convergenz.

Kopf- und Halsorgane o. B. Keine Struma.

Thoraxorgane ohne krankhafte Veränderungen. Es besteht Neigung zu Tachykardie. Herz röntgenologisch normal konfiguriert. Lungenfelder gleichmäßig lufthaltig, ohne spezifische Herdschatten. Sinus hellen sich gut auf.

Abdomen: reizlose Laparatomienarbe. Die linke Lumbalgegend wird druckschmerzhaft angegeben, ohne Muskelresistenz bei der Untersuchung.

Magen: röntgenologisch: Cardiapassage frei. Magen zeigt Trichterform, auf ⅓ reseziert mit End- zu End-Anastomose. — Gute Funktion. —

Fraktionierte Magenausheberung: Nüchternwerte Hyperacide = + 34/55. Nach Einnahme der Reizflüssigkeit Säurewerte zunächst subacide bei Gallenrückfluß, im weiteren Verlauf Kurve etwas ansteigend bis auf + 15/25, ohne daß noch Gallenrückfluß erkennbar ist. Die Reizflüssigkeit wird bereits nach 45 Minuten nicht mehr im Magen nachgewiesen.

Stuhl bei mehrmaliger Untersuchung frei von okkultem Blut.

Urin o. B.

Temperaturen normal.

Patient erhält Vollkost, wird sedativ behandelt mit Mixtura nervina + Tinct. val. —

58,75 kg bei Entlassung
58,75 kg bei Aufnahme

Des weiteren wechselwarme Fußbäder und zweimal wöchentlich ein Fichtennadelbad. Diathermie. Spasmolytische Pillen. Patient klagt bei jeder Visite stereotyp über dieselben Beschwerden in Form von Schmerzen links unter dem Rippenbogen. Nach kurzen körperlichen Anstrengungen, wie Spaziergängen, fühlt er sich müde und abgeschlagen. Es tritt angeblich Erbrechen auf. Auf wiederholte Aufforderung, das Erbrechen aufzuheben, erklärt Patient, daß das Erbrechen immer auf seinem Spaziergang aufträte. Ein einziges Mal kann er einige ccm Erbrochenes von klarer, wässeriger Beschaffenheit vorweisen, ohne Speisereste. — Die wiederholte Untersuchung, wie auch eine nochmalige Röntgenkontrolle,

ergaben keinen Anhaltspunkt für ein Ulcusrezidiv, auch nicht für ein Ulcus pepticum. Das linke Zwerchfell ist bei der Untersuchung gut verschieblich, die Komplementärräume hellen sich gut auf, — also auch kein Anhaltspunkt für eine Pleuraschwarte.

Die Klagen entspringen also mehr dem äußerst neurasthenisch-wehleidigen Charakter des Patienten. Auffallend ist seine immer wiederkehrende Betonung der Arbeitsunfähigkeit.

Entlassung am 23. 7. 30: Patient bringt auch jetzt noch die obengenannten Beschwerden unverändert vor, für welche sich bei wiederholter Untersuchung kein objektiver Befund erheben läßt. Das Körpergewicht ist dasselbe geblieben.

Der Verdacht einer gewissen Arbeitsscheu auf Grund einer stark psychoneurotischen Einstellung ist nicht von der Hand zu weisen."

Fließende Uebergänge spielen von hier zu den Asozialen (Rentensüchtigen etc.), die hier keineswegs vereinzelt zu beobachten sind.

Für die Praxis ergibt sich die Forderung, daß bei der Behandlung und Indikationsstellung solchen sozialen Gesichtspunkten stets größte Beachtung zu schenken ist, wenn man auf einwandfreie gute Resultate Wert legt. Schon bei der Vorbereitung des Kranken sind sie zu berücksichtigen. Bei der Indikationsstellung sehr wohl zu beachten. Vor allem aber muß die ganze Nachbehandlung im Hinblick auf sie geregelt werden.

Zum Schluß meiner Arbeit entledige ich mich noch der angenehmen Pflicht, Herrn Dozent Oberarzt Dr. V. Orator für Ueberlassung des Themas und Uebernahme des Referates meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur.

Ageron: M. m. W., 1902, Nr. 30.

Albu: Ztschr. f. angew. Anat. u. Konstit.-Lehre, 6, 1920, S. 205.

Aschoff: D. m. W. 1912, Nr. 11 „Ueber den Engpaß des Magens", Jena 1918.

Askanazy: Rev. med. d. l. Suisse rom. 40, 1920. Virch. Arch. 234, 1921 u. 250.

Bamberger: Die chirurgische Behandlung der Magengeschwüre, 1909.

Bauer, K. H.: D. m. W. 1920, Nr. 41. Mittlg. Grenzgeb. 32, 1920, S. 217.

Bauer, J.: Konstitutionelle Disposition zu inneren Krankheiten, 1921, 2. Aufl.

Beer: Beitrag zur Therapie des Magen- und Duodenalulkus. D. Ztschr. f. Chir. 1923, CLXXVII, S. 1.

Bergmann, von: M. m. W. 1914, Nr. 4. Berl. klin. Wo. 1913, Nr. 51; 1918, Nr. 22/23; Mittlg. Grenzgeb. 4. Suppl. Heft. 1923.

Boas: Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten, Sam. klin. Vort. 1905, Nr. 387.

Borgbjärg: Arch. f. Verdgskr. 14, 1908, S. 442.

Brinton: Die Krankheiten des Magens, D. Uebers. 1862.

Buckstein: J. A. M. Assoc. 76, 1921, S. 231.

Dahl und Bullinger: Dissertation. Würzburg. Manuskr zit. n. Arch. f. Verdgskr. 33, 1924, S. 72.

Diamond: All. J. of Med. Soc. 162, 1922, S. 548.

Einhorn: Ergebn. d. i. Med. u. Kinderheilk. 6, 1910.

Faber, Knud: Arch. f. Verdgskr. 30, 1922, S. 175. D. m. W. 1923, Nr. 43.

Faulhaber: M. m. W. 1910, Nr. 40.

Fleischer, F.: Ergebn. d. ges. Med. 2, S. 323.

Friedheim: Arch. f. Verdgskr. 33, 1924, S. 72.

Gläßner: Wiener klin. Woche 1921, Nr. 47.

Gläser und Loew: Arch. f. Verdgskr. 31, 1923, S. 95.

Haberer, von: Tg. d. deutsch. Ges. f. Chir., Berlin, April 1929, S. 307.

Haberer, von: Indikationsstellung für die chirurg. Behandlung bei bösartigen und gutartigen Erkrankungen des Magens und Duodenums.

Haberer, von: Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiet der Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten 1923. Bd. VIII, H. 7. Carl Marhold, Verlagsbuchhandlung Halle a. d. Saale.

Haeyrowsky: Wiener klin. Woche 1912. D. Zeitschrift für Chirurgie 122, 1913, S. 359.

Hamburger: Am. J. of med. Schenc. 155, 1918, S. 204.

Hart: Mittlg. Grenzgeb. 1918/19, Bd. 31, S. 291 und 350.

Haudek: Z. chir. Therap. d. chron. Duodenalulkus. Arch. f. klin. Chir. 1920, CXIII, S. 508.

Hohlbaum: M m. W. 1910, Nr. 47. Mittlg. Grenzgeb. 1923. 4. Suppl. Heft.

Hollander: J. A. M. Assoc. 80, 1923, S. 29.

Jakobäus: Int. ärztl. Fortbk. Kalsbad. Jena 4, 1923, S. 213.

Johnson: Arch. of Radiol. and Elektroch. 26, 1921, S. 39 und 76.

Katzenstein: Berl. klin. Woche 1908. Arch. f. klin. Chir. 100, 1923, S. 933.

Kemp: Int. Beitr. Ernährstr. 2, 1911, S. 61.

Kirch und Stahnke: Mittlg. Grenzgeb. 36, 1923, S. 174.

Kohler: Mittlg. Grenzgeb. 37, 1923, S. 87.

Korczynski und Jarworski: D. m. W. 1886, Nr. 47/49.

Kreuzfuchs: Wien. klin. Woche 1912, Nr. 11. D. m. W. 1912, Nr. 46.

Lenk: D. m. W. 1921, Nr. 26.

Leschziner und Fränkel-Tissot: Arch. f. Verdgskr. 25, 1919, S. 319.

Melchior: D. Chir. d. Duodenum.

Merke, F.: Bruns Beitr. zur klin. Chir. 130, S. 549.

Meynburg: Frankf. Ztschr. f. Path. 23, S. 1920.

Moulin: The Lancet, 1910, S. 993.

Moutier: Arch. mal. de l'appar. digest. et de la nutrit. 1909.

Nissen: Verhdlg. d. D. path. Ges. 18, 1921.

Norden, von: Klinik d Darmkrankh. 2. Aufl. 1921, S. 581.

Oehnell: Arch. f. Verdgskr. 23, 1917, S. 510. Azt. med. Skand. 3, 1919.

Orator und Knittel: D. Ztschr. f. Chir. Bd. 196, H. 1/3.

Orator: Ztrbl. f. Chir. 1929, Nr. 24, S. 1518.

Orator und Louria: Surgery Gyn. and Obst. 1927.

Poutverts: Traité de mal. de l'estomac. Paris 1893.

Reiche: M. m. W. 1911, Nr. 1.

Redwitz von: Bruns Beitr. z. Chir. 122, 1921, S. 305. D. m. W. 1919, Nr. 34.

Rosenthal: Symptomathol. u. Ther. d. Magen- und Duodenalgeschwürs. 1919.

Rütimeyer: In Kraus-Brugsch Spez. Path. und Ther. 5, 1912. Die geograph. Verbreitung und Diagnose d. Ulc. vent. rotundum. 1906, S. 60. Zit. n. Rütimeyer in Kraus-Brugsch Spez. Path. u. Ther.

Schmidt, A.: Verhdlg. d. 20. Kongr. f. i. Med. S. 270.

Schulz: Mittlg. Grenzgeb. 11, 1903, S. 20.

Schattuck: J. A. M. Assoc. 1921. Ref. D. m. W. 1922, S. 992.

Singer, G.: Ulcus duodeni. In Kraus-Brugsch Spez. Path. u. Ther. Bd. 6, 1922.

Sternberg: Zit. n. Bruns Beitr. z. Chir. 122, 1921.

Stiller: Ztschr. f. angew. Anat. u. Konst. 6, 1921. Berliner klin. Wo. 1911, Nr. 8.

Spiegel: D. Arch. f. klin. Med. 126, 1918, S. 45.

Strauß: M. m. W. 1921, Nr. 9.

Strohmeyer: Zieglers Beitr 54, 1912.

Warren: Bost. med. and. surg. Journ. 89, 1899, S. 3.

Weber: Das Magengeschwür im kindl. und jugendl. Alter.

Westphal und Katsch: Mittlg. Grenzgeb. 1926, 1913, S. 491.

Westphalen: Zit. n. Melchior: Chir. d. Duodenum. M. D. Chir. Bd. 25, 1917, S. 169.

White: Zit. n. Arch. f. Verdgskr. 33, 1924, S. 72.

Wolf, W.: Samml. klin. Vortr. 1910, Nr. 572/73

Wydler: Beitr. z. Chir. des Magen-Duodenalulcus. Mittlg. Grenzgeb. 1922, XXXV, S. 103.

Lebenslauf.

Ich, Carl Wehberg, bin geboren am 25. Januar 1905 als Sohn des Kaufmanns Heinrich Wehberg und seiner Ehefrau Friederike, geb. Brakel, in Bersenbrück, Kreis Bersenbrück (Hannover). Ich besuchte die Volksschule zu Bersenbrück, die Rektoratschule zu Bersenbrück und das Realgymnasium zu Quakenbrück, wo ich Michaelis 1925 das Zeugnis der Reife erhielt. Ich ergriff das medizinische Studium und verbrachte die vorklinischen Semester in Leipzig und Göttingen. In Göttingen bestand ich Ende des vierten Semesters das medizinische Vorexamen. Die klinischen Semester verbrachte ich in Göttingen, München und Düsseldorf. In Düsseldorf bestand ich Frühjahr 1931 das medizinische Staatsexamen.